

Registro de inmunizaciones de Wisconsin
Registro de administración de vacunas

La información obtenida en este formulario se usará para documentar la autorización del recibo de vacuna(s). Esta información se puede compartir a través del Registro de inmunizaciones de Wisconsin (Wisconsin Immunization Registry) (WIR) con otros proveedores de cuidado de la salud que tratan directamente al paciente, para asegurar que se complete el programa de vacunación. La información que se obtenga en este formulario es voluntaria y uno de los padres o el tutor usará el Número de Seguro Social para obtener acceso al Registro de inmunizaciones de Wisconsin.

CLIENTE		NÚMERO DE EXPEDIENTE	
Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
Raza (marque uno) <input type="checkbox"/> India Americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana			
Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre)			
Nombre del médico (primer nombre, apellido)		Condado de la dirección principal	País de Nacimiento
Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre)			Relación con el paciente
Dirección		Apdo. postal	Dirección de correo electrónico (si corresponde)
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono () Extensión
		¿Permite que se le recuerde/llame? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le gustaría que se le envíe un recordatorio/llame? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elegibilidad (marque todos los que correspond) Debe completar esta sección.			
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid <input type="checkbox"/> Asegurado, Cobertura para vacunas <input type="checkbox"/> Badger Care <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Sin seguro de salud <input type="checkbox"/> Asegurado. Sin cobertura para vacunas			

He recibido una copia de la información sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se administrará(n) y la he leído o he hecho que me la expliquen. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y pido que la(s) misma(s) se administre(n) a mí o a la persona indicada arriba, en nombre de quién estoy autorizado a presentar esta solicitud.

Medicaid de Wisconsin no permite que se cobre a los beneficiarios por servicios(s) cubierto(s). Entiendo que si soy beneficiario de Medicaid/Badger Care, no se me puede cobrar costos administrativos ni se me puede pedir ningún tipo de donación por la administración de las vacunas que se me provean.

Mediante mi firma en este formulario doy permiso para que se compartan los registros de vacunas de mi hijo(a), incluyendo los registros proporcionados a la escuela(s), con el Registro de Inmunización de Wisconsin y mi Proveedor de Inmunización con el fin de mantener un registro completo y preciso para ayudar a asegurar la inmunización completa. Marque aquí si usted no da su permiso

FIRMA - Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente	Fecha de la firma
X	

Registro de inmunizaciones de Wisconsin

Registro de administración de vacunas

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

FOR OFFICE USE

Vaccine	VIS Date	Body Route	Body Site*
DTP/aP	05/17/2007	IM	RV LV RD LD
HPV	12/02/2016		RV LV RD LD
HepA	07/20/2016	IM	RV LV RD LD
HepB	07/20/2016	IM	RV LV RD LD
Hib	04/02/2015	IM	RV LV RD LD
Influenza	08/07/2015	IM	RV LV RD LD
MMR	04/20/2012	SC	RV LV RD LD
Meningo	03/31/2016	IM	RV LV RD LD
Pertussis/Tdap	02/24/2015	IM	RV LV RD LD
Pneumococcal	11/05/2015		RV LV RD LD
Polio	07/20/2016		RV LV RD LD
Rotavirus	04/15/2015	PO	RV LV RD LD
Varicella	03/13/2008	SC	RV LV RD LD
Other			

*RV = Right Vastus Lateralis LV = Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid Subcutaneous injections are administered in the muscle "area".

SIGNATURE AND TITLE - Person Administering Vaccine

Date Vaccine Administered

X